

서비스 수혜시 수혜자의 권리와 책임
제공 기관: 노인 및 장애인 서비스 행정국
Your Rights and Responsibilities When You Receive Services
Offered by Aging and Disability Services Administration

고객 이름
ACES의 ID 번호

이용할 수 있는 서비스

귀하에게는 수혜할 자격이 있는 서비스를 선정할 권리가 있습니다. 서비스는 귀하가 원할 경우 이루어집니다. 노인 및 장애인 서비스 행정국(ADSA)에서 지불하는 서비스가 귀하의 모든 필요를 충족하지 못할 수도 있습니다.

ADSA 는 다음 장소에서 서비스를 제공합니다.

- AFH(Adult Family Home), ALF(Assisted Living Facility), NF(Nursing Facility), CH(Companion Home), CFH(Children's Foster Home), CLSRH(Children's Licensed Staffed Residential Home)
- 당사자의 자택. 참고: ADSA 에서는 해당 개인의 자택에서 하루 24 시간 유급 개인위생관리서비스를 제공하지 않습니다. 다른 서비스보다 24 시간 개인위생관리 서비스를 희망하는 경우, 고려될 수도 있습니다.

이 문서에서는 귀하의 AAA 케이스 매니저, DDD 케이스 자원 매니저 또는 HCS 사회복지사를 통틀어 사회복지사로 칭합니다.

귀하의 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

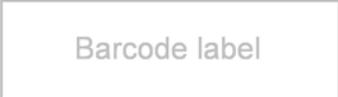
- 정의와 존중 및 차별 없이 대우받을 권리
- 본인에 관한 정보를 해당 법규 및 DSHS 규정 한도 내에서 기밀로 취급받을 권리
- 학대, 소홀, 재정착취 또는 방치되지 않을 권리
- 귀하의 소유물을 소중하게 취급받을 권리
- 귀하가 받을 수 있는 모든 서비스에 관한 정보를 들을 권리 및 원하는 또는 원하지 않는 서비스로 선택할 권리
- 귀하의 간병일을 계획하는데 사회복지사와 협력해 계획할 권리
- 추가 사례관리서비스가 추가로 제공될 경우 이를 거절할 권리(하지만 최소한 매년 그리고 제공 서비스 감독시 귀하의 자택에서 평가 받는 것을 허용해야만 서비스를 받을 수 있습니다.)
- 질문에 대해 답하라고 강요 또는 원하지 않는 것을 하라고 강요받지 않을 권리

- 기관에서 한 결정사항에 대해 통지문 및 귀하의 치료계획서 또는 지원계획 요약서 사본을 제공받을 권리
- 귀하 및 귀하의 사회복지사가 동의하지 않을 경우 책임자에게 말할 권리
- 불만을 제기한 경우에도 행정심의회를 요청할 권리
- 행정심의회를 요청한 경우에도 손해를 입을 두려움없이 이의를 제기할 권리
- 모든 서비스를 거절할 권리
- 영어를 구사하거나 이해할 수 없을 경우 무료로 통역관을 제공받을 권리
- 유자격 간병인을 선택, 해고 또는 변경할 권리
- 선택한 개인 간병인에 대한 신원조회 결과를 제공받을 권리

귀하의 책임

귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 평가를 하러 온 사회복지사를 귀하의 자택에 들어 오게 할 책임
- 평가를 완수할 수 있도록 충분한 정보를 제공할 책임
- 귀하 대신 다른 사람이 귀하의 의료 또는 재정 문제를 결정하는 경우 이를 사회복지사에게 말할 책임
- 귀하의 사례 또는 지원 계획서 작성에 참여하고 서명할 책임. 귀하가 고용한 간병인이 당국에서 승인하지 않은 서비스나 일을 할 경우 그 시간에 대해 보수가 지급되지 않는다는 것을 알 책임
- 자신의 건강보험사(health care)를 선택할 책임
- 유자격 간병인을 선택할 책임
- 간병인에게 안전한 근무 장소를 제공할 책임
- 간병인에 대한 신원조회 정보를 기밀로 취급할 책임
- 개인간병인(IP)을 선택할 경우:
 - 귀하가 귀하를 돌보는 간병인의 고용주라는 것과 간병인이 반드시 계약 하에 일을 해야만 보수를 지불받을 수 있다는 사실을 이해할 책임
 - 귀하를 위해 일한 개인 간병인(IP)이 작성한 타임시트를 잘 확인할 책임
- 간병인 때문에 문제가 있거나 간병인이 주장한 시간만큼 간병을 받지 못하는 경우 사회복지사에게 알릴 책임



귀하의 책임(계속)

- 간병 비용을 일부 부담할 경우 매달 간병인에게 지불할 책임
- 사람을 위협에 처하게 하는 행동을 하지 않을 책임
- 다음 변경사항이 있으면 사회복지사에게 알릴 책임:
 - 귀하의 건강상태
 - 가족 또는 다른 기관으로부터 받는 지원
 - 거주지
 - 재정상태

사회복지사의 책임

사회복지사에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 품위와 경의로 귀하를 대할 책임
- 귀하의 정보를 기밀로 유지할 책임
- ADSA 에서 귀하를 위해 하는 일과 할 수 있는 일, 할 수 없는 일 등을 말할 책임
- 귀하와 다른 사람으로부터 귀하의 지원 등급 결정을 위한 평가 및 귀하가 선택할 수 있는 서비스를 결정하기 위한 평가에 필요한 정보를 얻을 책임. 평가에는 귀하의 강점, 제약사항 및 우선사항 등을 포함하고, 가족이나 다른 기관으로부터 이미 받고 있는 또는 받을 수 있는 도움 및 어떻게 서비스를 받기를 원하는지 등을 포함할 수 있습니다.
- 개인위생관리와 귀하가 우선하는 지원을 다루는 치료계획서 또는 지원계획서 작성을 지원할 책임
- 매년 또는 귀하의 상태가 변경되는 경우 귀하의 치료계획서 또는 지원계획서 갱신에 필요한 정보를 귀하나 다른 사람으로부터 얻을 책임
- 귀하에게 필요한 정보를 요구할 때 충분한 시간을 줄 책임
- 치료계획서 또는 지원계획서에 발생하는 문제를 다룰 책임
- 귀하의 권리를 존중하고 귀하에게 정신성, 신경성, 지각신경 또는 신체적 장애가 있을 경우 더 많은 서비스를 제공할 권리
- 귀하가 유자격 간병인을 찾을 수 없을 경우 유자격 간병인을 찾을 수 있도록 도울 책임

사전의사결정서(Advance Directives)

사전의사결정서를 작성할 권리가 있습니다. 사전의사결정서에는 유서 또는 건강관리 위임권이 포함될 수 있습니다. 사전의사결정서는 환자가 스스로 판단할 수 없는 상태일 경우를 대비해 의료, 정신건강 또는 외과적 치료 수용/거절을 포함하여 의료 및/또는 정신건강치료 등에 관해 본인이 원하는 바를 미리 작성해 놓는 문서입니다. 이 사전의사결정서는 언제든지 폐지할 수 있습니다.

유권자 등록 서비스(Voter Registration Service)

모든 주(州)는 1993년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)에 따라 각 주의 공공복지기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록을 하거나, 또는 투표등록을 거절한다고 해서 이 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 수혜자격에 어떤 영향을 받지는 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는데 도움이 필요하면 도와드리겠습니다. 유권자 등록 여부에 상관없이 귀하의 그러한 결정사항은 기밀로 취급되며 정보는 유권자 등록용도로만 사용될 것입니다. 유권자 등록 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활보호권 등을 침해 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

Washington State Elections Office
PO Box 40229
Olympia WA 98504-0229
1-800-448-4881

서명

귀하의 권리와 책임과 귀하의 사회복지사의 책임을 이해할 경우 아래에 서명해 주십시오.

이름

날짜

법적대리인

날짜

**Your Rights and Responsibilities When You Receive Services
Offered by Aging and Disability Services Administration**

INSTRUCTIONS

1. Present this form to the consumer when completing the initial CARE assessment and reviewing the care plan or support plan. If the consumer is already receiving services and did not previously sign this version of the form, present the form to the consumer at the next assessment. Review the form with the consumer to answer any questions about the consumer's rights and responsibilities.
2. Have the consumer or the consumer's representative sign two copies of the form to indicate his/her understanding of the consumer's rights and responsibilities when receiving services offered by Aging and Disability Services Administration.
3. File one copy in the hard file or Document Management System (DMS) and give the other copy to the consumer.